

HOJA DE REQUISITOS

La Clínica de Detección y Diagnóstico Automatizados (CLIDDA), continúa siendo baluarte del ISSSTE, en materia de medicina preventiva desde hace 40 años, ya que cumple con uno de los principios básicos de esta ciencia, “prevenir antes que curar”; fue creada para realizar exámenes de laboratorio y gabinete, además de una valoración médica integral a los trabajadores activos y aparentemente sanos (mujeres y hombres de 25 años en adelante) de la Administración Pública que coticen al Instituto, que no estén siendo atendidos por algún padecimiento específico o bien tengan tratamiento por enfermedad evolutiva.

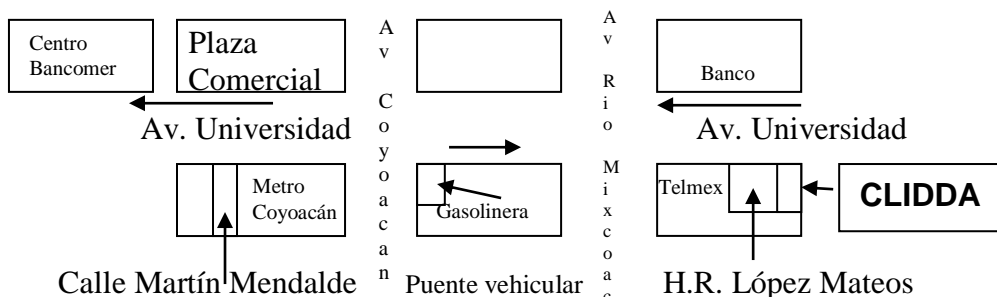
Con base a lo anterior, es importante que los candidatos cumplan con los siguientes **requisitos**:

1. SER PROGRAMADO ANTICIPADAMENTE AL DIA DE SU CITA, A TRAVES DE SU DEPENDENCIA O REPRESENTACION SINDICAL.
2. ASISTIR **SOLOS (SIN ACOMPAÑANTES)** Y PUNTUALMENTE EL DIA Y A LA HORA **INDICADA LA PARTE FRONTAL**; EN TURNOS MATUTINOS A LAS 7:00, 9:00, 11:00 HRS. Y EN TURNOS VESPERTINOS A LAS 13:15, 15:00 Y 17:15 HRS. UNA VEZ INICIADO EL PROCESO DE ATENCION **NO ES POSIBLE INCLUIR A NADIE MAS EN EL SISTEMA.**
3. **ACUDIR PUNTUAL POR CONTINGENCIA NO HABRÁ TOLERANCIA DE INGRESO, DEBERÁN TRAER CUBREBOCAS, SU PROPIA PLUMA Y DISPONER DEL TIEMPO SUFICIENTE PARA LA REALIZACION DE LOS ESTUDIOS, LOS CUALES REQUIEREN POR LO MENOS DE DOS VISITAS A LA UNIDAD.**
4. PRESENTAR EN EL AREA DE ADMISIÓN SU PASE DE ATENCION CON TODOS LOS DATOS QUE SE SOLICITAN
5. IDENTIFICARSE MEDIANTE SU CURP, CREDENCIAL DE TRABAJADOR/ CREDENCIAL ELECTOR **Y ESTAR DADO DE ALTA EN SU CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR CON VIGENCIA ACTUALIZADA (TALÓN DE PAGO). SIN ESTOS NO SE PODRA DAR ATENCION**
6. **ASISTIR EN AYUNO NO INGERIR ALIMENTOS DURANTE LAS 8 HORAS ANTERIORES A SU CITA DE ACUERDO A SU HORARIO PROGRAMADO.**
7. **MUJERES** ASISTIR BAÑADAS SIN RIMEL NI MAQUILLAJE, CON ROPA COMODA (PANTS) Y ZAPATOS DE PISO, ROPA DE 2 PIEZAS, BLUSA DE MANGA CORTA, (NO TRAER DE NYLON), HOLGADA, CABELLO RECOGIDO Y SIN PANTIMEDIAS SI ES MAYOR DE 40 AÑOS ADEMÁS SIN DESODORANTE, PERFUME, NI TALCO EN LAS AXILAS.
VARONES ASISTIR BAÑADOS Y CON ROPA COMODA (PANTS) Y ZAPATOS DE PISO (NO TRAER DE NYLON). Y SI SON **MAYORES DE 40 AÑOS**, SIN RELACIONES SEXUALES 48 HORAS ANTES DE SU CITA.
EN AMBOS CASOS NO TRAER OBJETOS DE VALOR (CADENAS, MEDALLAS, PULSERAS, ETC)
8. ASISTIR CON SUS ANTEOJOS “LENTES DE ARMAZON”. EN CASO DE UTILIZAR LENTES DE CONTACTO RETIRARSELOS 24 HORAS ANTES
9. TRAER CONSIGO MUESTRA DE ORINA EN ENVASE DE PLASTICO NUEVO Y LIMPIO (NO TRAER DE VIDRIO).
 - a) DEBE CONTENER LA MUESTRA DE ORINA (PRIMERA DE LA MAÑANA SI SU CITA ES EN TURNO 7:00 AM Y DE PREFERENCIA RECOLECTAR UNA HORA ANTES DE SU CITA LA MUESTRA DE ORINA PARA LOS TURNOS SIGUIENTES.).
10. SE REALIZARA CITOLOGIA VAGINAL (PAPANICOLAOU) A LAS MUJERES DE 40 AÑOS O MAYORES Y A LAS QUE TENGAN VIDA SEXUAL ACTIVA. POR LO QUE ES NECESARIO QUE ASISTA:
 - a) **SIN RELACIONES SEXUALES 48 HORAS PREVIAS** A SU CITA
 - b) SIN LAVADOS VAGINALES (UNICAMENTE ASEO EXTERNO NORMAL, NO INTERNO)
 - c) SIN MEDICAMENTOS POR VIA VAGINAL
 - d) SIN AMENAZA DE ABORTO
 - e) SIN PERIODO MENSTRUACION

EN CASO DE ESTAR EN EL PERIODO DE MENSTRUACION, SE LES REALIZARAN TODOS LOS ESTUDIOS A EXCEPCION DEL PAPANICOLAOU. ASI MISMO SI ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS DE CONTROL (DIABETES, HIPERTENSION, ETC.) NO SUSPENDERLOS.

11. SI ESTA EMBARAZADA O TIENE SOSPECHA, NOTIFIQUELO A LA ENFERMERA AL INICIAR SUS ESTUDIOS.
12. EN CASO DE DETECTAR OPORTUNAMENTE UNA NUEVA ENFERMEDAD, ASISTIR A LA UNIDAD MEDICA DEL INSTITUTO QUE LE CORRESPONDA, PARA SU VALORACION Y MANEJO CORRESPONDIENTE.
PERMITANOS SERVIRLE, CON LA CALIDAD Y CALIDEZ QUE SE MERECE, CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS ANTES MENCIONADOS.

Ubicación de la CLIDDA





FAVOR DE LEER POR AMBOS LADOS Y LLENAR LOS DATOS QUE SE LE PIDEN

PASE PARA ATENCION

Favor de presentarse puntual el día:

En el turno Matutino

Turno Vespertino

Ramo _____

Dependencia/Sindicato _____

Clínica de Adscripción _____

DATOS DEL PACIENTE

TIPO DE DERECHOHABIENTE _____

CURP _____

NOMBRE _____

EDAD _____

SEXO _____

COLONIA _____

ALCALDÍA _____

CIUDAD _____

ESTADO _____

He revisado mis datos y estoy consciente de que si no notifico algún error en los mismos al momento de presentar mi pase, será mi responsabilidad por lo que deslindo a la CLIDDA por algún error que se presente en ellos.

Nombre y firma de conformidad

Número de Carnet

Fecha de Segunda Cita

Hora de Segunda Cita

Nombre del Médico